



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Ciencias Sociales**

**Escuela Académico Profesional de Antropología**

**Interculturalidad y salud apuntes sobre políticas  
sanitarias y exclusión étnica. Caso Kandozi del Datem  
del Marañón**

**MONOGRAFÍA**

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Antropología

**AUTOR**

**Juan Joel LOZANO RAMÍREZ**

Lima, Perú

2010



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Lozano, J. (2010). *Interculturalidad y salud apuntes sobre políticas sanitarias y exclusión étnica. Caso Kandozi del datem del Marañón*. Monografía para optar el título profesional de Licenciado en Antropología. Escuela Académico Profesional de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

---

**TÍTULO:** Interculturalidad y salud: apuntes sobre políticas sanitarias y exclusión étnica. Caso kandozi<sup>1</sup> del Datem del Marañón

**I.- DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO**

La presente investigación pretende proporcionar algunos alcances preliminares que nos permitan comprender la problemática sanitaria en poblaciones indígenas desde una mirada sociocultural.

Así, en primer lugar, se hace una reflexión sobre la exclusión y discriminación étnica desde un enfoque histórico, considerando la etapa colonial como el punto de partida de una serie de rupturas y desencuentros entre la epistemología occidental y las epistemologías indígenas; exclusiones y desencuentros que persisten y atraviesan las relaciones entre occidente y las poblaciones. En segundo lugar, se analizan las políticas de salud intercultural, en cuya elaboración y construcción no se percibe una participación efectiva de las poblaciones indígenas, considerando el proceso de regionalización como un elemento capaz de engendrar los mecanismos que aperturen esta participación.

Para situar el análisis se toma el caso concreto de los Kandozi del Datem del Marañón, población indígena que adolece una severa epidemia de Hepatitis B que está ocasionando grandes estragos en la salud de las personas. Este caso puede servirnos para dar cuenta de cuáles son los límites de las políticas en salud actuales, cuáles son las respuestas del estado para plantear soluciones sanitarias en contextos culturalmente diferentes y además, puede servir como ejercicio para repensar nuestras relaciones con estas poblaciones que no pueden acceder adecuadamente a servicios fundamentales como educación o salud.

---

<sup>1</sup> El programa de maestros bilingües de AIDSESEP propuso el término Kandozi, por lo que me pareció pertinente utilizarlo debido a que ha sido introducido por los mismos actores sociales. Véase: SURRALLES, Alexandre. Guía etnográfica de la alta amazonía. Volumen VI. Ifea, Lima, 2007

## **II.- PALABRAS CLAVES:**

**CIUDADANIA:** Está referido, de modo general, a la relación entre el individuo y el aparato estatal. Esta relación presenta como condición necesaria que el estado, mediante sus diversas instituciones, genere una situación de equilibrio o bienestar para los individuos, los cuales, en cambio, están en la obligación de cumplir con determinadas prescripciones o deberes establecidos.

**DESENCUENTRO CULTURAL:** Se refiere a una situación en la que las interacciones entre dos o más grupos están atravesadas por rígidas jerarquías mentales que verticalizan el diálogo, erigiéndose un escenario de constantes tensiones, en donde un determinado grupo pretende naturalizar las diferencias elaborando discursos relativos a una aparente superioridad (racial, étnica, religiosa) con la finalidad de subordinar a otras colectividades

**EXCLUSIÓN:** Es el resultado de un conjunto de relaciones asimétricas en donde determinados sectores de una sociedad no perciben los beneficios sociales, económicos y políticos que ésta produce. Factores raciales, religiosos o sexuales son utilizados con frecuencia por grupos mejor posicionados dentro de una estructura de poder para justificar una aparente superioridad que legitime el derecho de estos grupos a agenciarse de los beneficios producidos por la sociedad, en desmedro de las colectividades menos favorecidas que ella alberga.

**INDÍGENA:** Según el Convenio 169 de la OIT son considerados indígenas aquellos individuos pertenecientes a pueblos en países independientes “que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”

**INTERCULTURALIDAD:** Remite a la confrontación y el entrelazamiento, a lo que sucede cuando los grupos entran en relaciones e intercambios [...] interculturalidad

implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos. (García Canclini, Néstor. Diferentes, desiguales y desconectados. Gedisa, Barcelona, 2005). Además, Según la OPS, la Interculturalidad está basada en el diálogo, donde ambas partes se escuchan, se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar.

**REGIONALIZACIÓN:** Proceso que viene implementando el estado para descentralizar y distribuir el poder entre las regiones que conforman el país. Esta debe ser entendida como una construcción social, de “abajo hacia arriba”, teniendo como piedra angular las formas locales para ejercer el poder, para dinamizar la economía, para concebir la salud o el territorio.

**SISTEMA DE SALUD:** Esquema de pensamiento propio de un grupo sociocultural en particular, cuyas bases se erigen a partir de las concepciones históricamente construidas sobre salud-enfermedad. Las respuestas de los individuos de un grupo determinado para conjurar las enfermedades, apelando a los conocimientos tradicionales, forman un engranaje que hace funcionar un sistema de salud.

**VULNERABILIDAD:** Es la estimación del nivel de reacción que una persona o un grupo humano presenta ante potenciales impactos de un fenómeno, natural o provocado por el hombre, al cual se encuentra expuesto.

### III.- INTRODUCCIÓN

En el Perú la diversidad cultural y lingüística plantea un reto ineludible para las instituciones estatales y del sector privado para abordar los problemas sanitarios que enfrenta la población. Esta diversidad de pensamientos, costumbres y prácticas definen y configuran los sistemas particulares para concebir la salud y la enfermedad; comprender estos constructos forjados culturalmente es una labor impostergable para mejorar los niveles sanitarios e incrementar el acceso a servicios de salud en contextos indígenas.

La salud, como la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) consiste en “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>2</sup>. Desde esta perspectiva, la salud implica aspectos propios de la vida social, por ser ella misma un producto cultural: cosmovisiones, prácticas rituales, concepciones sobre salud-enfermedad, así como también implica la equidad en el acceso a los servicios de salud, sin discriminación ni exclusión de ninguna índole.

Teniendo en cuenta que el Perú alberga numerosos pueblos con sus propios sistemas médicos, conocer la complejidad de la salud se convierte en una necesidad perentoria, cardinal, con la finalidad de construir y generar mecanismos integradores, inclusivos, en la que tengan cabida la multiplicidad de voces, sentires y pensares que nuestra realidad nos muestra.

---

<sup>2</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS) En <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>

## **IV.- MARCO TEÓRICO**

### **La cuestión étnica: una visión desde la historia**

Antes del “descubrimiento” del nuevo mundo por parte de occidente, todo el mundo hasta entonces conocido giraba en torno a un solo saber, a una sola forma de concebir las cosas; las artes, la música, la poesía, las ciencias eran monofónicas: no había nada fuera de los saberes occidentales que pusiera en cuestión esta monofonía, esta monopolización del saber. La brillante época clásica donde Grecia fue el centro intelectual del mundo se vio interrumpida por la época medieval, en donde la razón fue relegada para dar paso a una visión del mundo mistificadora, escolástica, en donde el hombre no tenía libre albedrío pues todos su accionar estaba condicionado por la divina providencia.

El ocaso del medioevo comenzó cuando algunos pensadores empiezan a cuestionar aquella época dominada por la razón escolástica, proponiendo estos rechazar todo lo mistificador del medioevo y tomar una postura frente al mundo más “racional” y más “científica”. Es en este contexto en que toman relevancia pensadores como Galileo y Descartes que propugnan una nueva comprensión del mundo, una renovación de todos los saberes; es a partir de estos pensadores, especialmente con Descartes, que se empieza a hablar sobre “modernidad”.

Es con Descartes, según Toulmin<sup>3</sup>, con quien se inicia, en el campo de la filosofía, el pensamiento moderno, ya que éste propone modelos matemáticos, abstractos, con pretensiones de exactitud y universalismo. Descartes al hacer la separación entre cuerpo y mente supone un rechazo a lo mistificador del medioevo y supone la uniformidad de la mente humana. La adopción por parte de los pensadores occidentales del método cartesiano traerá, como podemos apreciar haciendo un ejercicio retrospectivo, severas consecuencias en la historia de la humanidad.

---

<sup>3</sup> TOULMIN, Stephen. *Cosmópolis*. El trasfondo de la modernidad. Barcelona, Ediciones Península. 2001.



El pensamiento moderno se caracterizaba por su pretensión de objetividad, de exactitud que las ciencias físicas y naturales alcanzaron mediante la observación y haciendo uso del método experimental. Las ciencias naturales entraron en una etapa de producción de conocimientos inusitada: se pensaba que era posible conocerse todo. Es decir, la gran producción científica, seguido de mejoras tecnológicas y de un incremento de la población, engendró en occidente una fe en el progreso ilimitado de la ciencia; se insertó, entonces en el imaginario occidental, la infalibilidad de las ciencias sustentados en un discurso racional.

El descubrimiento del nuevo mundo reforzó esta idea del progreso científico pues los habitantes de aquellos parajes remotos y desconocidos eran considerados salvajes o bárbaros, ubicándose occidente en una posición superior que la de aquellos seres irracionales que andaban desnudos por un mundo que era susceptible de ser conquistado en nombre de la razón, no importando los medios ni los costos, pues a estos individuos solo les quedaba la occidentalización la redención, o simplemente, la extinción. La ocupación de América por los europeos estuvo marcada por categorías ontológicas que deshumanizaron y objetivaron al otro (si el otro es un objeto, no existía ninguna tara moral que impidiera su aniquilación o subordinación). Para el caso de los españoles, éstos trajeron consigo un conglomerado de pensamientos discriminatorios y racistas para relacionarse con la otredad

“En base a las experiencias producto de las largas relaciones entre las tres civilizaciones más importantes de la edad media: las de cristianos, judíos y musulmanes. El contexto mental de la conquista dentro del cual se piensa al hombre americano estuvo marcado por esas relaciones, las mismas que habían resultado, a partir de mediados del siglo XV, en una doctrina persecutoria tremendamente racista”<sup>4</sup>

La colonia se constituyó, de ese modo, en base a la exclusión y discriminación de los españoles hacia la población indígena, la cual era la principal mano de obra, siendo esclavizada por diferentes medios en los que se puede mencionar, principalmente, la

---

<sup>4</sup> CALLIRGOS, Juan Carlos. El racismo: la cuestión del otro (y de uno). DESCO, Lima, 1993

mita, el tributo indígena y el sistema de corregimiento y repartimiento implantado por la corona. Las condiciones de esta explotación de la mano de obra indígena, a decir de Julio Cotler revistieron

“características de genocidio, o mejor aún de, de etnocidio (...) con el consiguiente desarraigo de sus lugares de residencia (de la población indígena) y el resquebrajamiento de los lazos de parentesco e identidad étnica, y con ellos de las relaciones de intercambio y reciprocidad, bases de la articulación de la sociedad indígena” y agrega “a las obligaciones del indio de tributar a la corona o al encomendero, de pagar diezmos a la iglesia por los productos agropecuarios de origen europeo, de cumplir con la mita, se agregaba el repartimiento para forzar a esta población a ofrecer su trabajo y el producto del mismo a un *precio* por debajo del *mercado libre*”<sup>5</sup>

La brutal explotación de la mano de obra indígena devino en una hecatombe demográfica, donde el número de indígenas descendió críticamente:

“se estima que 9 millones de pobladores habitaban este territorio al momento de la conquista. Esta población se redujo a apenas 600 mil hacia 1720, cuando se produjo la más grave crisis demográfica, y estaba en torno a 1’200,000 un siglo después, al momento de la independencia”<sup>6</sup>

Sin embargo, durante la colonia los indígenas “notables”, descendientes directos de las élites incaicas, poseían algunos privilegios otorgados por la corona española: los llamados caciques estaban exentos de realizar las arduas labores de la mita y eran los encargados de recaudar los tributos dentro de sus comunidades, por lo que representaban el nexo entre el pueblo y el dominio español. Con la rebelión de Tupac Amaru, cacique educado y formado a la usanza española, esta élite indígena fue duramente perseguida y desaparecida, lo que significó una estocada profunda a la

---

<sup>5</sup> COTLER, Julio. Clases, Estado y Nación en el Perú. IEP, Lima, 1988.

<sup>6</sup> MANRIQUE, Nelson. La Democracia en el Perú. Proceso Histórico y Agenda pendiente. PNUD, Lima, 2006.

autoestima de la población indígena y un certero golpe a su estructura de poder. Manrique señala a este respecto que:

“La rebelión de Túpac Amaru II intentó unificar a indios, mestizos, negros, y españoles americanos en un proyecto nacional pluricultural y multirracial. Su sangrienta derrota abrió el camino a la degradación de la condición general de los indígenas peruanos, en un proceso que culminó hacia mediados del siglo XIX con la desaparición del estrato indio noble y el establecimiento de una situación, que persiste hasta la actualidad, **por la cual la condición de «indio» terminó equiparándose con la de «campesino» y «pobre»** (sin que todos los campesinos y pobres, en cambio, sean necesariamente indios). Esta marginación económico social generalizada contribuyó a reforzar el estereotipo de **la «inferioridad natural» del indio**. En adelante en el imaginario nacional oligárquico el camino del progreso pasaría por la desindigenización de los vencidos”<sup>7</sup>

La degradación de lo indígena y la abolición de sus élites, se vieron materializadas en la “aceptación” de la superioridad española sobre la población indígena. Montoya refiere que:

“El esquema colonizador de los españoles ganó la batalla porque logró convencer a los indios de su inferioridad frente a los blancos, supuestamente superiores...”<sup>8</sup> y además “...cuando la palabra indígena se convierte en un insulto es difícil encontrar razones suficientes para una identidad étnica indígena entendida como el orgullo de pertenecer al grupo étnico”<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> MANRIQUE, Nelson. Algunas reflexiones sobre el colonialismo, el racismo y la cuestión nacional. Introducción al libro *La piel y la pluma*. En: [http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Etnicidad-Nelson\\_Manrique.pdf](http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Etnicidad-Nelson_Manrique.pdf)

<sup>8</sup> MONTÓYA, Rodrigo. *El factor étnico y el desarrollo andino*. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

<sup>9</sup> IBID. P 322.

La discriminación hacia la población indígena persistió durante la etapa republicana, pues las estructuras de dominación colonial no se vieron afectadas. En esta etapa fueron los “españoles americanos”, los criollos los que exaltaban y reproducían su “superioridad” en detrimento de la población indígena que, a pesar de todo, no dejaba de pagar sus tributos, los cuales eran el principal ingreso que percibía la naciente república<sup>10</sup>. En este sentido, el racismo anti indígena heredada de la época colonial, persistió y construyó las bases de la nueva sociedad peruana ya que, como señala Nelson Manrique:

“Al no cambiar en lo esencial el carácter colonial de las estructuras internas de dominación, el racismo antiindígena pasó a cumplir el rol de soporte de la dominación de la elite criolla y de los gamonales del interior. El discurso racista sirvió para legitimar la dominación en el orden oligárquico, de la misma manera como antes sirvió a los colonos españoles cuyos privilegios heredaron sus descendientes criollos”

Lo cual devino en la constitución de lo que el mismo autor denomina la instauración de una “República sin ciudadanos”:

“se creó una sociedad donde no existían propiamente ciudadanos, sujetos de derecho. La ciudadanía supone sujetos autónomos y responsables que tienen derechos, que tienen, como contrapartida, determinados deberes, consagrados unos y otros por las leyes. Lo que se tenía aquí, en el caso de los indígenas, era peruanos que tenían deberes sin la contrapartida de los derechos correspondientes, es decir *sujetos de deberes*, de una parte; por la otra, *sujetos de privilegios*, que tenían derechos sin los correspondientes deberes, para los no indígenas. (...) los indígenas y los negros fueron excluidos de la ciudadanía, y al comenzar la República fueron considerados ciudadanos de la nueva nación sólo los criollos y los mestizos. De esta manera, se excluyeron más de las nueve

---

<sup>10</sup> “En el Perú el tributo fue abolido por el régimen de San Martín el 27 de agosto de 1821 y restaurado en agosto de 1826, con el nombre de contribución personal. Hacia fines de la década del veinte su peso equivalía aproximadamente a la octava parte del presupuesto nacional pero para la primera mitad de la década del cuarenta constituía ya la tercera parte de los ingresos del Estado”. Manrique, Nelson (2006)

décimas partes de los peruanos, mientras que la décima parte restante se sentía la encarnación de la nación misma. Se fundó así una República sin ciudadanos.”<sup>11</sup>

Como se ha visto, la fragmentación social que atraviesa nuestro país responde a un proceso histórico en donde la población indígena ha sido relegada y excluida no solamente por los sucesivos gobiernos, sino también por los grupos de poder en el país, y que ha adquirido diversas formas de materializarse pero mantienen vigencia y representan obstáculos serios para incrementar el acceso a servicios fundamentales como educación, salud y participación política.

### **Representación, otredad y espacio social**

Como se ha venido diciendo, uno de los componentes que atraviesan la sociedad peruana y perennizan e incrementan su fragmentación, es la exclusión y discriminación hacia la población indígena, cuyo origen es esencialmente colonial. Esta ideología racista y excluyente es sintomática en nuestro país pues en los espacios de socialización se pueden percibir, a través del lenguaje, variadas formas orientadas a estigmatizar y estereotipar al otro, para “recordarle” su “inferioridad natural”. Así, en la intimidad de lo cotidiano, la discriminación abre nuevos surcos y se introduce mediante artilugios más sutiles, como las bromas, chistes, o la animalización del negro, del cholo o del indio. Jorge Bruce sugiere al respecto que:

“El problema se agrava porque el virus de la discriminación no se aloja solo en ciertos comportamientos extremistas, tipo nazi o sudafricano de entonces: se lo halla en lo más íntimo de nuestra vinculación con el otro (...) El sistema discriminatorio, escondido tras la coartada del chiste grueso y la viveza criolla, se mantiene operativo”<sup>12</sup>

Es preciso mencionar que, dentro de este aparato de exclusión, la “construcción” del otro desempeña un rol de importancia. Callirgos refiere que con la complejización de la

---

<sup>11</sup> IBID. Pag. 21

<sup>12</sup> BRUCE, Jorge. Animalización racista. Artículo publicado en diario la República el 21/03/2010.

ciudad producto de los masivos movimientos migratorios se yuxtaponen dos imaginarios referentes al indígena. Así, sugiere que:

“habían dos visiones tipo que las elites construyen respecto a los “otros”: la del buen salvaje y la del salvaje desenfrenado”<sup>13</sup>

En este sentido, al representar al otro, al presentarlo como “salvaje”, incivilizado, seres “sin alma” (como en la época colonial) o como “hermanos menores”, “buenos salvajes” (como en la versión indigenista) se engendra la necesidad de, por un lado, dominar al indígena, “civilizarlo”, llevarlo por las vías del “progreso” y del “desarrollo”. Por el otro lado, se erige un paternalismo por el cual un determinado grupo social que por intereses económicos, políticos, de clase, se convierte en el portavoz de los indígenas y se piensan los sujetos idóneos para “hablar” por ellos.

Esta noción de la representación es trabajada sugerentemente por Edward Said, proveniente de un país oriental (Jerusalén) quien evidencia que occidente, en base a un arsenal de ideas y prejuicios, elabora un imaginario sobre lo que los occidentales “piensan” sobre oriente, ideas que al insertarse en lo cotidiano, adquieren cualidad de realidad y se introduce en el pensamiento colectivo como una verdad casi apodíctica. De ese modo, el oriente se convierte en un escenario idílico, fantasioso y místico, pero que, paralelamente, se presenta como amenazante y peligroso. En la construcción de este imaginario participan distintos actores sociales: poetas, literatos, hombres de ciencia, que son los encargados de validar y darle sustento a esa representación. Esta construcción de un oriente no es gratuita: soterradamente, se generan las justificaciones ontológicas y epistemológicas para dominar y civilizar oriente. Said, al respecto subraya que:

“El orientalismo expresa y representa, desde un punto de vista cultural e incluso ideológico, esa parte como un modo de discursos que se apoya en unas instituciones, un vocabulario, unas enseñanzas, unas imágenes, unas doctrinas e incluso unas burocracias y estilos coloniales (...) es un estilo de pensamiento

---

<sup>13</sup> CALLIRGOS, Juan Carlos. El racismo: la cuestión del otro (y de uno). DESCO, Lima, 1993

que se basa en la distinción ontológica y epistemológica que se establece entre oriente y – la mayor parte de las veces – entre occidente (...) consiste en hacer declaraciones sobre él, adoptar posturas con respecto a él, describirlo, enseñarlo, colonizarlo y decidir sobre él; en resumen, el orientalismo es un estilo occidental que pretende dominar, reestructurar y tener autoridad sobre oriente”<sup>14</sup>

Entonces, representar al otro (imaginarlo, construirlo) es el mecanismo por el cual se justifica y se legitima la dominación de un grupo sobre otro. Llegados a este punto, cabe la pregunta ¿Cómo se producen y reproducen estas representaciones, estos imaginarios, estos prejuicios?

Para resolver esta cuestión, es pertinente considerar las categorías de capital económico y capital simbólico propuestas por Bourdieu, según la cual el espacio social está conformado por campos en los que los agentes se relacionan y se “asemejan”, en primer lugar, por el capital económico que poseen (por ejemplo, el campo de los empresarios o de los obreros) y en segundo lugar por el capital simbólico, que viene a ser el conjunto de prácticas culturales o disposiciones (gustos, preferencias) que particularizan y diferencian las relaciones entre los diferentes campos dentro del espacio social. Así, a cada campo o “clase de posición” le corresponde un habitus, cuya función, de acuerdo a la definición de Bourdieu:

“Estriba en dar cuenta de la unidad de estilo que une las prácticas y los bienes de un agente singular o de una clase de agentes (...) el habitus es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas. Como las posiciones de las que son producto, los habitus se diferencian; pero asimismo son diferenciadores, distintos y distinguidos, también llevan a cabo distinciones: ponen en marcha principios de diferenciación diferentes o utilizan de forma diferente los

---

<sup>14</sup> SAID, Edward. *Orientalismo*. Libertarias, España, 1990.

principios de diferenciación comunes (...) los habitus son principios generadores de prácticas distintas y distintivas”<sup>15</sup>

Volviendo a nuestro espacio social de interés, la sociedad peruana, la noción de habitus puede ser retomada para comprender la producción y reproducción de discursos y prácticas excluyentes construidos por las élites o grupos de poder económico y político que, de modos diversos, elaboran una serie de discursos (y prácticas) que discriminan y excluyen a las poblaciones indígenas. Discursos que son compartidos, como ya se dijo líneas más arriba, por el conjunto de agentes que ocupan una posición determinada dentro espacio social en la cual se maneja un capital simbólico diferenciante y distintivo que se reproduce, renueva y reconfigura en la interacción.

El capital simbólico se manifiesta, principalmente, en el lenguaje que es vehículo a partir del cual se elaboran símbolos, pertenencias y sentidos. Así, señala que:

“Las diferencias en las prácticas, en los bienes poseídos, en las opiniones expresadas, se convierten en diferencias simbólicas y constituyen un auténtico lenguaje. Las diferencias asociadas a las diferentes posiciones, es decir los bienes, las prácticas y sobre todo las *maneras*, funcionan, en cada sociedad, a la manera de las diferencias constitutivas de sistemas simbólicos, como el conjunto de los fenómenos de una lengua o el conjunto de los rasgos distintivos y de las desviaciones diferenciales que son constitutivos de un sistema mítico, es decir como *signos distintivos*”<sup>16</sup>

A partir de estos enunciados se puede comprender las formas, explícitas y sutiles, por medio de las cuales la exclusión étnica, racial hacia los “otros” (indígenas, negros, cholos) se hace manifiesta y además los mecanismos que propician su continuidad en el entramado de relaciones sociales. Las exclusiones atraviesan subrepticamente la sociedad y es por ello importante explicitar estas cuestiones en vistas de mejorar el acceso a diferentes servicios como salud, educación o participación política, servicios que una gran parte de la población no puede percibir de modo adecuado y que forman parte de sus derechos fundamentales. Para el caso de las poblaciones indígenas de la amazonía, durante la dramática época del caucho se hizo evidente cómo se construyó

---

<sup>15</sup> BOURDIEU, Pierre. Razones prácticas. Anagrama, Barcelona, 1999.

<sup>16</sup> IBID. Pag. 20



una amazonía hostil, habitada por “salvajes”, con lo cual se justificaba la dominación y explotación de la mano de obra indígena, desencadenándose una serie de persecuciones y abusos contra éstos trayendo como resultado la desaparición de muchos grupos étnicos de la amazonía.

### **Epistemología occidental y epistemologías indígenas**

Lo dicho hasta ahora sobre discriminación y exclusión étnica debe ser entendido, además, teniendo en cuenta las contradicciones entre la epistemología occidental y las epistemologías indígenas, en donde la primera, apelando a la fuerza y a la imposición de la razón, se ha posicionado por sobre las diversas cosmologías que emergieron fuera del ámbito occidental las cuales aparecen como subordinadas y como naturalmente inferiores. Es importante, por ello, deconstruir estos discursos que, detrás del paradigma cientificista y homogenizador, esconden estereotipos y estigmatizaciones de dominación y de poder.

En este sentido, Levy Strauss, en “El pensamiento Salvaje” demuestra que no existe una distancia radical entre el pensamiento científico o moderno y el pensamiento de las poblaciones “primitivas” o no occidentales, sino que se trata más bien de esquemas de pensamiento diferentes, pero que, en esencia, ambos tipos de representación responden a la misma lógica, a los mismos fines, que no es más que ordenar el cosmos, la realidad, a partir de sistemas de clasificación moldeados por la cultura y por el contexto histórico específico en que emergen. Así sugiere que:

“esta exigencia de orden se encuentra en la base del pensamiento que llamamos primitivo, pero sólo por cuanto se encuentra en la base de todo pensamiento: pues enfocándolas desde las propiedades comunes es como encontramos acceso más fácilmente a las formas de pensamiento que nos parecen muy extrañas”<sup>17</sup>

Con respecto a las diferencias entre el pensamiento mágico (comúnmente asociado a poblaciones no occidentales) y ciencia, propone que la primera no puede ser

---

<sup>17</sup> Levy Strauss, Claude. El pensamiento salvaje. Fondo de Cultura Económica.

considerada como una etapa anterior al pensamiento científico, pues se esquivaría su comprensión y riqueza conceptual porque:

“nos privaríamos de todo medio de comprender el pensamiento mágico si pretendiésemos reducirlo a un momento, a una etapa, de la evolución técnica y científica (...) la magia es, en un sentido, completa como él, tan acabada y coherente, en su inmaterialidad, como el ser sólido al que solamente ha precedido. El pensamiento mágico no es un comienzo, un esbozo, una iniciación, la parte de un todo que todavía no se ha realizado: forma un sistema bien articulado, independiente, en relación con esto, de ese otro sistema que constituirá la ciencia, salvo la analogía formal que las emparenta y que hace del primero una suerte de expresión metafórica de la segunda. Por tanto, en vez de oponer magia y ciencia, sería mejor colocarlas paralelamente, como dos modos de conocimiento, desiguales en cuanto a los resultados teóricos y prácticos (...) pero no por la clase de operaciones mentales que ambas suponen, y que difieren menos en cuanto a la naturaleza que en función de las clases de fenómenos a las que se aplican”<sup>18</sup>

Por similar vía teórica transita Philippe Descola, en el texto “Tierra Adentro. Territorio indígena y percepción del territorio” se refiere a las cosmologías indígenas y a los modos en que éstas construyen sus esquemas de representación, señalando que, para comprender la eficacia y la funcionalidad de las concepciones indígenas, se tienen que cuestionar, en primer lugar, la configuración del esquema del pensamiento científico occidental, el cual tiene sus bases en la dicotomía sujeto-objeto que conlleva a que el sujeto se encuentre en la potestad no sólo de representar y objetivar al “otro” (que pueden ser grupos humanos culturalmente diferentes así como también la misma naturaleza), sino que surge el imperativo de “conocer” la insondable naturaleza y explicar sus fenómenos (paradigma científico) para, consecuentemente, dominarla, sojuzgarla. Desde este enfoque la naturaleza (o lo que se ha construido como natural) es un mero objeto a merced del sujeto.

---

<sup>18</sup> IBID. Pag. 30.

En las cosmologías indígenas de la amazonía, la dicotomía entre sujeto-objeto no es tan marcada, pues los humanos con los no humanos se relacionan, más que por categorías ontológicas, mediante una gradación en la que los seres humanos y los no humanos (animales, plantas, ríos) se encuentran en una jerarquía relacional, cuyos vínculos y encuentros representan verdaderas relaciones sociales. Dentro de estas cosmologías, los seres de la naturaleza poseen un “alma”; es decir, prima la noción de animismo que delimita las relaciones entre los hombres y su entorno pues:

“El animismo es la creencia de que los seres naturales están dotados de un principio espiritual propio y que, por tanto, es posible que los hombres establezcan con estas entidades unas relaciones especiales: relaciones de protección, de seducción, de hostilidad, de alianza o de intercambio de servicios (...) el animismo puede ser visto no como un sistema de categorización de las plantas y de los animales, sino como un sistema de categorización de los tipos de relaciones que los humanos mantienen con los no humanos” así plantea una “ciencia de las relaciones” en la que “las entidades que constituyen nuestro universo solamente poseen un sentido y una identidad a través de las relaciones que las instituyen como tales (...) a pesar de que estas entidades son, por derecho, casi infinitas, las relaciones que las unen no lo son; únicamente difieren los contextos históricos y culturales dentro de los cuales se actualizan o no estas relaciones”<sup>19</sup>

### **Antropología y salud**

Los antropólogos, desde los inicios de la disciplina, han recogido una importante cantidad de información sobre los pueblos en que se adentraban. La observación participante, bastión inequívoco de la etnografía, trajo consigo el dato de primera mano, recogido en la fuente misma en donde se sucedían los fenómenos sociales, en el seno de las culturas denominadas primitivas. La descripción rigurosa de la organización social, de la economía, el discernimiento de las estructuras de poder y dominación forman un

---

<sup>19</sup> DESCOLA, Philippe. Las Cosmologías indígenas de la amazonía. En: Tierra Adentro. Territorio Indígena y Percepción del Entorno. Lima, 2004

cúmulo de información prolífico para una comprensión cabal de la complejidad del ser humano. Mas, de acuerdo con la orientación del presente trabajo, se dará prioridad a los estudios vinculados a la salud de los pueblos, tratando de esbozar lo que, desde los años 20, se ha convenido en llamar antropología médica o antropología de la salud. Los antecedentes de los análisis en salud desde el punto de vista antropológico se remontan a los primeros estudios sobre religión, que describían los rituales de iniciación o sanación practicados por los grupos humanos.

Los rituales son indisolubles de la religiosidad y forman un espacio que escenifica y renueva la simbología del grupo para controlar y renovar los cuerpos, para sanar y modificar los estatus. Turner identifica tres etapas en los rituales: en la primera, se separa al individuo de su entorno cotidiano; en la segunda, el individuo pierde su existencia social, mas no su existencia corporal, dando lugar a la liminalidad, caracterizada por la ambigüedad y a la contradicción; ya la tercera y última etapa, en la que se reinserta al individuo, renovado ya su estatus, a la cotidianeidad.

“La primera fase (de separación) comprende la conducta simbólica por la que se expresa la separación del individuo o grupo, bien sea de un punto anterior fijo en la estructura social, de un conjunto de condiciones culturales (un estado), o de ambos; durante el periodo liminal intermedio, las características del sujeto ritual (el pasajero) son ambiguas, ya que atraviesa un entorno cultural que tiene pocos, o ninguno, de los atributos del estado pasado o venidero, y en la tercera fase (reagregación o reincorporación) se consuma el paso. El sujeto ritual, ya sea individual o colectivo, se halla de nuevo en un estado relativamente estable y, en virtud de ello, tiene derechos y obligaciones”<sup>20</sup>

A partir de estas prácticas culturalmente configuradas es posible decir que los conceptos de enfermedad y salud son contruidos y definidos por la colectividad; las formas de curar y tratar el cuerpo están condicionados por la cultura. De ese modo Bouche sugiere que:

---

<sup>20</sup> TURNER, Victor. El proceso Ritual. Taurus, Madris, 1988.

“La visión de la enfermedad y de la salud, según las sociedades, es interpretada de manera diferente; pueden considerarse, en realidad, como construcciones culturales sujetas al espacio y al tiempo”<sup>21</sup>

Bajo este enfoque, la salud también forma parte del estudio antropológico y no solamente le compete a la medicina. Gonzalo Aguirre Beltrán, sugiere que la medicina forma parte de la cultura y no es más que un vasto:

“Complejo de conocimientos, creencias, técnicas, roles, normas, valores, ideologías, actitudes, costumbres, rituales y símbolos que, interconectados, forman un sistema cuyos elementos constitutivos mutuamente se refuerzan y soportan”<sup>22</sup>

Ello debido a que existen diversas cosmovisiones que configuran un determinado espacio social lo cual deviene, además, en una diversidad de conceptos que definen la salud así como también una diversidad de métodos destinados a conservar a las personas libres de enfermedad. Así, por ejemplo, el susto, el mal de aire, denominados síndromes culturalmente específicos generan males corporales que pueden ser resueltos aplicando métodos particulares como “pasar” el cuy o el huevo. Según Ritenbaugh los síndromes culturalmente específicos:

“Se definen como enfermedades que no pueden ser comprendidas desligadas de su contexto cultural o subcultural, por lo cual su etiología condensa y simboliza campos de significación y normas de comportamiento centrales de la sociedad”<sup>23</sup>

Ahora bien, cabe precisar qué entendemos por salud y enfermedad para poder avanzar en el análisis. La salud, como la OMS lo recalca, dejó de ser meramente un hecho biológico o fisiológico, sino que remite una cuestión más amplia, relacionado con el

---

<sup>21</sup> BOUCHE, Henry. La Salud en las culturas. En: <http://www.uned.es/educacionXX1/pdfs/04-03.pdf>

<sup>22</sup> AGUIRRE, Gonzalo. Antropología Médica. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México, 1985.

<sup>23</sup> Citado por Greifield, Katarina. Conceptos en la antropología médica: síndromes culturalmente específicos y el sistema del equilibrio de elementos. Boletín de antropología-Universidad de Antioquía, Colombia, 2004.

bienestar y el conocimiento de los componentes psicosociales de los seres humanos. La salud está relacionado con el orden “normal” o “natural” de las cosas, con la continuidad social. La enfermedad viene a ser la penetración de un agente perturbador dentro de ese orden, lo patológico mantiene estrecho lazos con lo anormal, lo anómalo con lo impuro.

En este sentido, la enfermedad de una persona puede ser interpretada en algunos contextos como una suerte de daño de un potencial rival, de un vecino hostil o de alguien a quien se tiene temor<sup>24</sup>. Cecilia Luca Escobar propone que:

“La salud es del orden de lo natural, está dentro “del orden de las cosas” pero para esto las personas deben estar en armonía con su entorno. La enfermedad por el contrario no pertenece al orden de lo natural, no proviene directamente del individuo pero sí de la introducción de elementos nocivos reales o simbólicos de algún elemento que irrumpe en su equilibrio, por lo regular con la intencionalidad de hacer daño”<sup>25</sup>

Uno de los aspectos más desarrollado por las ciencias sociales, en especial de la antropología, aplicada al campo de la salud es el de la salud reproductiva, la cual presenta importancia mundial debido a que es uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) elaborados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La salud reproductiva se refiere, según la OPS,

“En el plano colectivo, es parte del desarrollo de un país y se basa en los derechos y deberes humanos y sociales. Incluye la planificación de la familia, la educación sexual, la maternidad sin riesgos, el control de enfermedades de transmisión sexual, las complicaciones del aborto en condiciones de riesgo, la

---

<sup>24</sup> Como es el caso de un brote de Hepatitis B el año 2003, en el Vale Javari donde “Povos que tinham rivalidades latentes começaram a se acusar de feitiçaria, famílias que compartilhavam a mesma aldeia também se acusavam resultando em separação”. Fuente: [http://www.trabalhoindigenista.org.br/Docs/NascimentoH\\_Os-isolados-da-Terra-Indigena-Vale-do-Javari-e-a-epidemia-de-hepatite-B-e-D-e-a-malaria.pdf](http://www.trabalhoindigenista.org.br/Docs/NascimentoH_Os-isolados-da-Terra-Indigena-Vale-do-Javari-e-a-epidemia-de-hepatite-B-e-D-e-a-malaria.pdf)

<sup>25</sup> ESCOBAR, Cecilia. Antropología Médica: una visión cultural de la salud. En: [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208\\_6.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_6.pdf)

incorporación de la perspectiva de género y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción humana”<sup>26</sup>

La OMS la define como

“una condición de bienestar físico, mental y social en los aspectos relativos al sistema reproductivo en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva implica que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura, la capacidad de tener hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia. En esta última condición está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a métodos de regulación de la fertilidad de su preferencia que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, y el derecho a acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer llevar a término su embarazo y dar a luz de forma segura”<sup>27</sup>

La salud reproductiva representa un derecho fundamental y conlleva, asimismo, adoptar la noción de equidad de género, que implica el acceso a los servicios de salud de modo igualitario y sin ningún condicionamiento o discriminación sexual, étnica o de clase. En la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) realizada el año 1994, se enfatiza lo siguiente:

“Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. La promoción del ejercicio responsable de estos derechos, debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar. Como parte de este

---

<sup>26</sup> INEI. En: <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0078/indice.htm>

<sup>27</sup> RHO. En: [http://www.icmer.org/RHO/html/definition\\_.htm](http://www.icmer.org/RHO/html/definition_.htm)

compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de las relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres”<sup>28</sup>

### **Regionalización como construcción social: Reconocer los poderes locales.**

El proceso de regionalización que se ha emprendido en nuestro país tiene, necesariamente, que generar mecanismos que contemplen la diversidad lingüística y cultural. La heterogeneidad de nuestro país así como su geografía diversificada supone un reto para este proceso, pues en las comunidades indígenas, andinas, en las poblaciones costeras, en los diferentes pueblos existentes, las dinámicas sociales pueden diferir notablemente, complejizando el panorama. Las identidades en nuestro país se construyen en base a las tradiciones y costumbres locales, en base a los condicionantes socioculturales circunscritos a la región.

Pero dentro de un contexto globalizado en donde las fronteras se han difuminado, las identidades se han ido modificando y redefiniendo ya que éstas tenían como referencia un territorio más o menos definido. En el actual contexto de globalización, impulsado en gran medida por la revolución de las tecnologías, la noción misma de territorio tiene que ser repensada, pues las grandes oleadas migratorias desde el campo a la ciudad dieron como resultado nuevas relaciones, desencuentros y nuevas formas de apropiación y construcción del sentido. Ahora en las ciudades es posible ver celebraciones o festividades que en tiempo pasado solamente se podían encontrar en el campo o en lugares alejados de las ciudades. Es lo que se ha convenido en llamar la desterritorialización y reterritorialización, proceso que particulariza los tiempos recientes.

Ahora bien, al pensar en estrategias de regionalización, no se pueden eludir (si se pretende elaborar propuestas pertinentes) estos importantes elementos que reconfiguran las tradiciones locales sino que también es imprescindible considerar además los factores culturales propios, las estrategias económicas locales, los modos de concebir la política desde lo local. Una región, según Raúl Lizárraga debe entenderse como:

---

<sup>28</sup> FESCINA, Ricardo. Salud Sexual y Reproductiva. CLAP/SMR - OPS/OMS, Uruguay, 2010.



“la sumatoria de espacios económicos y sociales mayores a los departamentos y provincias”<sup>29</sup>.

Este enfoque es cuestionable pues la regionalización debería ser entendida, más que como una sumatoria de espacios geográficos, como una construcción social, deberían ser las dinámicas sociales que se originan en el seno de las colectividades los elementos e insumos indispensables que orienten las estrategias y planes de regionalización y ordenamiento territorial. Bajo este lineamiento, la realidad debe ser “leída”, entendida y no soslayar procesos como por ejemplo el que reclaman los movimientos indígenas amazónicos o andinos, que en base a sus propias lógicas están proponiendo y elaborando nuevos discursos que inducen a repensar la regionalización.

El Plan Nacional de Regionalización (PNR), siguiendo con Lizárraga, nos dice que presenta dos pivotes funcionales y operativos:

“El primero se refiere a una estrategia de reordenamiento económico territorial basado en la configuración y maduración de ejes y circuitos de desarrollo o intercambio, así como en el manejo integrado de cuencas. El segundo se refiere a la implementación de un paquete de proyectos de amplia escala territorial e importantes impactos socioeconómicos”<sup>30</sup>

El mencionado plan no considera los elementos culturales locales como categorías válidas que permitan construir la regionalización desde “abajo hacia arriba” pues se está abordando nuestro país como si fuera plano y homogéneo, sin contradicciones ni desencuentros en los contextos locales y concibe el territorio solamente como un escenario vacío y desierto. De ese modo sugiere Lizárraga que:

---

<sup>29</sup> LIZARRAGA, Raúl. Descentralización y regionalización en el Perú. Hacia una nueva economía y un nuevo estado. Fondo editorial del Colegio de Economistas de Lima, Lima, 2010.

<sup>30</sup> IBID. Pag. 24

“Se trataría, entonces, de facilitar las decisiones que permitan constituir verdaderos Gobiernos Regionales mediante la unión lógica de departamentos (totales o parciales), provincias, ejes de desarrollo y cuencas orgánicas ... el Plan Nacional de Regionalización (PNR) plantearía opciones de integración territorial que se van construyendo en función de potencialidades económicas compartidas, mercados articulados sobre la base de asentamientos urbanos y jerarquizados y de redes viales e infraestructuras energéticas”<sup>31</sup>

La “unión lógica” a la que se refiere el autor ha sido concebida en base solamente a las dinámicas económicas, pero cabe resaltar que lo económico está atravesado también por lo político, está imbricado por intereses. La cercanía geográfica entre uno u otro grupo social no necesariamente significa que éstos compartan elementos simbólicos, culturales, que los cohesionen, sino que pueden existir disputas y contradicciones de carácter étnico, histórico, identitario, que median sus relaciones y que si se pretende “unirlos lógicamente” en base a una sumatoria de territorios, pueden engendrarse conflictos que obstaculicen las propuestas de regionalización.

Antes bien, cabe preguntarse: ¿Cuál es la importancia del proceso de regionalización para las políticas en salud? El proceso de regionalización tendrá injerencia si es entendido, como ya se dijo, como una construcción social, de abajo hacia arriba. La importancia de este proceso para la creación de políticas más inclusivas, reside en el empoderamiento de las poblaciones indígenas, de sus líderes y dirigentes. Las estructuras políticas locales (jerarquías, grupos de poder, tensiones y contradicciones) y las formas culturales para ejercer el poder deben ser retomadas y reconocidas, pues a partir de estas instancias de representación, las poblaciones locales podrán elaborar y proponer políticas sanitarias, educativas, económicas adecuadas a su contexto. De este modo, la regionalización puede y debe ser un factor cardinal para el incremento de la participación y el ejercicio de la ciudadanía por parte de la población indígena.

Si no se generan estos mecanismos que aperturen la participación e injerencia de las poblaciones indígenas dentro de los espacios de decisión, las políticas estatales

---

<sup>31</sup> IBID. Pag. 24

destinadas a satisfacer las necesidades de los diferentes pueblos ubicados en contextos culturales diferentes, reflejarán una serie de estereotipos homogenizadores y excluyentes que fragmentan las relaciones entre el estado y las poblaciones locales.

### **Interculturalidad en salud:**

Los principales instrumentos elaborados desde el estado para incrementar el acceso de las poblaciones indígenas a servicios sanitarios adecuados son:

- a. *El Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009 – 2012*, importante iniciativa formulada por el Centro Nacional de Salud Intercultural que

“No solo permita un mayor acceso de los miembros de pueblos originarios al sistema prestacional, contribuyendo a disminuir las brechas sanitarias existentes, sino también un avance cualitativo en la interacción de proveedores de servicios y los usuarios de diversas culturas, y de sus sistemas de salud”<sup>32</sup>

Esta propuesta parece acertada, pero líneas después la Estrategia Sanitaria plantea como su población objetivo al:

“recurso humano de salud de los diversos niveles que debe optar por una mirada y actitud diferente y de respeto a las diferencias cuando se trata de decidir o abordar a los sujetos de derecho de las intervenciones: los usuarios y usuarias pertenecientes a otra cultura (...) debe ser entendida como una asimilación por parte de los recursos humanos de salud en su cotidiano relacionamiento con miembros de otra cultura, y expresada en las actitudes y aptitudes de respeto por la diferencia; esto es, ser concebida como un derecho de nuestros interlocutores a ser tratados con respeto, a entender su cultura y esforzarnos por una convivencia o articulación armoniosa de nuestros pensares, actitudes y aptitudes

---

<sup>32</sup> El Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas 2009 – 2012. En:  
<http://www.ins.gob.pe/gxpsites/hgxpp001.aspx?2,8,76,O,S,0,MNU;E;1;21;10;6;MNU;,>

con los pensares, actitudes y aptitudes de los miembros de una cultura diferente”<sup>33</sup>

Si bien es cierto, la Estrategia Salud de los Pueblos Indígenas representa un avance significativo para mejorar el acceso y las relaciones entre los prestadores de servicio de los centros de salud y las poblaciones indígenas, presenta las siguientes limitantes:

En primer lugar, una limitante conceptual, pues la interculturalidad no solamente consiste en un diálogo armonioso y horizontal, sino que las relaciones entre pueblos con constructos culturales diferentes están mediados y condicionados por relaciones de poder, económicas, de clase. En este sentido, las relaciones entre los diferentes pueblos indígenas amazónicos (relaciones interétnicas) no representan el problema central: son las relaciones entre el estado-nación occidental (posicionado como hegemónico y homogenizador) y las poblaciones indígenas las que, actualmente, presentan constantes tensiones y contradicciones. Susana Ramírez Hita en un análisis sobre la atención de salud a partir del caso boliviano propone que:

“El concepto de interculturalidad debería incorporar de forma clara las diferencias y reconocer que en las relaciones interétnicas suelen darse, más que relaciones armónicas y complementarias, conflictos y contradicciones que son el resultado de las relaciones de poder que con ellas aparecen (...) Hay que tener en cuenta que las diferencias entre grupos no son solo culturales, sino también de clase social”<sup>34</sup>

En segundo lugar, si se considera la interculturalidad como un imperativo moral (en donde prevalece “lo que debería ser”), entonces sería consecuente que los actores implicados, las poblaciones indígenas, participen activamente en la elaboración de las políticas en salud intercultural que por parte del estado se vienen impulsando.

---

<sup>33</sup> IBID.

<sup>34</sup> RAMÍREZ, Susana. Calidad de Atención en Salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechas y aymará del altiplano boliviano. OPS/OMS, La Paz, 2009.

En tercer lugar, la incorporación de la interculturalidad, de acuerdo con la Estrategia de pueblos indígenas, está dirigida al “recurso humano de salud de los diversos niveles”, priorizando la sensibilización del personal de salud prestador de servicios para que asuman prácticas de respeto y valoración a los “usuarios y usuarias pertenecientes a otra cultura”. Este enfoque, ciertamente importante, soslaya la percepción de los individuos de esas “otras culturas”, sus concepciones sobre la salud, enfermedad, el cuerpo (pensemos, por ejemplo, en sociedades de pastores, en donde la salud y cuidado de una cabeza de ganado, por ser fuente esencial para la subsistencia, puede ser considerada “más importante” que el cuidado del propio cuerpo), así como también elude la cuestión de cómo ellos conciben los elementos culturales occidentales (si los aceptan o no, si creen que pueden acceder a los beneficios del sistema de salud occidental manteniendo sus prácticas culturales) considerando, adicionalmente, algunos componentes propios de la “modernidad” que se han insertado en los espacios indígenas y que pueden generar recelo hacia lo occidental: contaminación petrolera-minera, depredación de la flora y fauna, aparición de nuevas enfermedades, calentamiento global, discriminación étnica en salud y educación, entre otros.

En cuarto lugar, la capacitación en interculturalidad dirigida al personal de salud se ve restringida por la alta rotación del personal que, generalmente, llegan a trabajar con poblaciones indígenas para cumplir con el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), considerándolo casi como un “castigo”, por lo que una vez concluida sus labores, se retiran de la zona, quitándole continuidad al proceso.

#### ***Guías técnicas de salud:***

RM-797-2007-SA: Relacionamiento para casos de interacción con Indígenas en Aislamiento o en Contacto Reciente. (Ver anexo 1)

RM-798-2007-SA: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad (Ver anexo 2)

RM-799-2007-SA: “Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de indígenas en Aislamiento y Contacto Reciente (Ver anexo 3)

Las cuales representan importantes iniciativas destinadas a parametrar los comportamientos de los agentes de salud en caso se encuentren con indígenas en aislamiento o en contacto reciente debido a los elevados niveles de vulnerabilidad que presentan estas poblaciones. Las citadas guías están dirigidas, especialmente, al personal de salud itinerante o equipos AISPED (Atención Integral de Salud a la Población Excluida y Dispersa) que por su movilidad en territorios de la amazonía poco explorados están propensos a entablar contactos inesperados con población indígena en aislamiento o en contacto inicial.

## V.- CASO KANDOZI DEL DATEM DEL MARAÑÓN

### ASPECTOS GENERALES:

#### a) UBICACIÓN GEOGRAFICA

Los Kandozi se encuentran en las orillas de los afluentes del bajo Pastaza (Manchari, Huitoyacu y Ungurahui). El sector más poblado se sitúa en las orillas del Chuinda, del Chapuli y del lago Musa karusha (Rimachi).



Fuente: La  
República.

Pertenecen a la provincia del Datem del Marañón, en el departamento de Loreto. La familia lingüística es el Jíbaro, que agrupa a los Awajun, Achuar y Shapra. En la provincia del Datem del Marañón también conviven los grupos Quichua y Chayahuita

PUEBLO INDÍGENA	FAMILIA LINGÜÍSTICA	IDIOMA	UBICACIÓN	DISTRITO
			RÍOS	
Achuar	Jíbaro	Achuar	ríos Huituyacu, alto Morona, Alto Pastaza, Pastaza, Morona	Pastaza, Morona
Aguaruna		Awajun	ríos Potro, Apaga, Cahuapanas, Marañón	Mansariche, Barranca, Cahuapanas
Shuar		Shuar	río Morona	Morona
CANDOSHI	Jíbaro-Andoas	Kandozi	ríos Huituyacu, Manchari, Chuinda, Chapuri, Ungurahui	Pastaza
SHAPRA		Shapra	ríos Sicuanga, Pushaga, Morona	Morona
QUICHUA	Quichua Cahuapanas	Quichua	ríos Alto Pastaza, Huazaga	Pastaza
CHAYAHUITA		Chayahuita	ríos Sillay, Cahuapanas, Paranapura, Marañón	Cahuapanas, Balsapuerto

Fuente: UNICEF

## B) HISTORIA

Los Kandozi, desde épocas muy temprana de nuestra historia, han estado en contacto con agentes foráneos. Desde el siglo XVI, según Surralles, expediciones españolas incursionaban por sus territorios en donde los primeros pobladores se distribuían en tres grupos: los Mayna, Andoa y Roamaina, los cuales ocupaban el actual territorio

Kandozi. Los Maynas la región sur del territorio Kandozi, los Andoa el norte y los Roamaina el sector oriente del Pastaza.<sup>35</sup>

Las relaciones entre los Kandozi y la sociedad colonial estuvieron marcada por temporadas unas veces sosegadas y otras conflictivas. El levantamiento de los Mayna contra los españoles, en 1653, marca el inicio de una serie de desencuentros atizados por las diversas actividades que agentes foráneos comenzaron a desarrollar en sus territorios: el lavado de oro en el río Marañón, la explotación cauchera, extracción maderera, pesquera y petrolera que desencadenaron rivalidades y disputas. Los Maynas, debido a la aparición de epidemias y por el trato esclavista de estas actividades, desaparecieron en el siglo XVII.

Uno de los acontecimientos más importantes y que trajo grandes cambios en los kandozi fue la llegada de los misioneros del Instituto Lingüístico de Verano (ILV), los cuales formaban maestros bilingües que pudieran traducir la Biblia y enseñar las “virtudes” del pensamiento protestante a los indígenas. Su mayor aporte residía en que enseñaron a escribir a algunos Kandozi en su propia lengua.

### **c) Datos censales**

## **POBLACION**

De acuerdo con el II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana 2007, el pueblo Kandozi cuenta con 3255 habitantes

## **CARACTERISTICAS ECONOMICAS**

### **POBLACIÓN DE 6 AÑOS Y MÁS DE EDAD EN EDAD DE TRABAJAR, POR CONDICIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA**

---

<sup>35</sup> SURRALLES, Alexandre. Guía etnográfica de la alta amazonía. Volumen VI. Ifea, Lima, 2007.



	TOTAL	Condición de actividad Económica		
		TOTAL	PEA	NOPEA
CANDOSHI-MURATO	2 432	100	26,1	73,9

Fuente: INEI

**POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA EN LAS COMUNIDADES INDÍGENAS, POR CONDICIÓN DE OCUPACIÓN, SEGÚN PUEBLO ÉTNICO**

	TOTAL	Condición de ocupación		
		TOTAL	OCUPADA	DESOCUPADA
CANDOSHI-MURATO	634	100	99,7	0,3

Fuente: INEI

**EDUCACIÓN**

**POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MÁS DE EDAD POR NIVEL EDUCATIVO ALCANZADO**

	Nivel educativo alcanzado								
	Tot al	Tot al	Sin niv el	Inici al	Prima ria	Secund aria	Superio r	Superio r no universi taria	Superio r universi taria

Candos hi- Murato	147 2	100 ,0	31, 8	0,1	48,0	16,4	3,7	2,3	1,4
-------------------------	----------	-----------	----------	-----	------	------	-----	-----	-----

Fuente: INEI

## SALUD

Las principales enfermedades que afectan a las poblaciones de la provincia del Datem del Maraón son las enfermedades respiratorias y diarreicas en la niñez, embarazo en adolescentes (34%) además de enfermedades transmisibles como la malaria de tipo Vivax y Falciparum, tuberculosis y enfermedades emergentes como el dengue, HIV/SIDA y, de forma ascendente, la Hepatitis B<sup>36</sup>

La hepatitis B es la enfermedad que más estragos está causando en los Kandozi, afectando al 92% de la población.

Según datos estadísticos, la prevalencia de la enfermedad alcanza los siguientes porcentajes:

### Prevalencia de hepatitis B y delta

Zona	Fecha Estudio	CC.II Estudiadas	Nº Muestras	Anti-Hbc	Anti-Hbclgm	Hbsag	Anti-Delta
Pastaza	1996	03	103	73.7	3.8	18.4	5.8
Pastaza	2000	03	32	68.7	-	28	31.2

Fuente: UNICEF

### Prevalencia de hepatitis B y delta según sexo y grupo etáreo

Grupo etáreo	Incidencia	Hombres	Casos en Mujeres	Gestantes
15 – 44	106.3 / 1000	37 %	63%	24 %
5 – 14	36.5 / 1000			
1 – 4	26.9 / 1000	100%		

Fuente: UNICEF

<sup>36</sup> UNICEF. Kandozi y Shapra frente a la Hepatitis B. El retorno de lo visible. UNICEF, lima, 2006.

## **ORGANIZACIÓN SOCIAL**

Las familias Kandozi poseen una fuerte autonomía, en donde el dueño de casa es el soberano indiscutible. Esta autonomía doméstica se ve incrementada por el aislamiento espacial entre las familias, lo cual puede inducir a pensar que no se entretajan relaciones de intercambio fluidas entre los núcleos familiares. A este respecto Surralles subraya que:

“El aislamiento espacial y la relativa autonomía económica y política esconden la existencia de unas estructuras inter-domésticas de unas diez o quince familias vinculadas entre sí por lazos de parentesco en un espacio relativamente circunscrito. Los grupos locales Kandozi son el resultado de la convivencia de dos fratrías aliadas gracias al intercambio de hermanas que, desde el punto de vista de los hombres, realizan dos grupos de hermanos, de tal manera que los vecinos son casi siempre hermanos o cuñados”<sup>37</sup>

Ahora bien, con la influencia de las misiones estas configuraciones sociales han ingresado en un proceso de cambio, pues en los alrededores de las escuelas se pueden encontrar asentadas varias familias formando comunidades que no corresponden a la tradicional distribución de los espacios y del territorio entre los Kandozi:

“Estas comunidades surgen bajo la presión de las misiones, las cuales consideran que la concentración habitacional fomenta una vida más civilizada”<sup>38</sup>

Pero con el debilitamiento de la influencia de las misiones, estas comunidades se han ido disgregando y desarticulando, retomándose, en cierta medida, la distribución espacial tradicional.

## **COSMOVISIÓN: LA NOCIÓN DE SER O PERSONA EN LOS KANDOZI.**

---

<sup>37</sup> SURRALLES, Alexandre. Guía etnográfica de la alta amazonía. Volumen VI. Ifea, Lima, 2007

<sup>38</sup> IBID. Pag. 262

La diversidad de lenguas es una de las premisas fundamentales para poder referirnos a la diversidad cultural. El lenguaje es el sistema mediante el cual los seres humanos clasifican y significan el cosmos. La naturaleza, para ser conocida, precisa un proceso de abstracción que le otorgue un lugar dentro del orden simbólico. Entonces, si el lenguaje es la forma que tenemos los seres humanos para aprehender la realidad, la existencia de lenguajes distintos implica, en consecuencia, concepciones distintas y diversas que los diferentes pueblos del mundo construyen en base a sus particularidades históricas, geográficas, sociales. (Chaumeil, 1994) En este sentido es pertinente utilizar la noción de cosmovisión que se refiere al conjunto de procesos mentales instaurados por un grupo humano en particular orientados a explicar la multiplicidad de fenómenos que naturales, sociales, a los cuales están expuestos.

La concepción amazónica de la persona es indesligable de los elementos del entorno. En este sentido, en las relaciones entre las personas, animales, plantas, ríos, no existe una distancia ontológica radical, sino una suerte de unidad relacional: lo que se denomina animismo. Surralles menciona que:

“La persona percibe el entorno, se identifica con sus semejantes, se relaciona con ellos y actúa en un espacio social determinado que, con su acción, contribuye a su vez a configurar”<sup>39</sup>

A partir de estas relaciones se engendra una concepción de lo que implica “ser” una persona en los Kandozi, se construye una concepción sobre el cuerpo y sus principios fundamentales, en suma, se define, culturalmente, una génesis del cuerpo en donde el corazón marca el inicio del ser social:

“La persona posee un cuerpo que se siente a sí mismo, que siente a los otros que le rodean y se adhiere a la realidad de las cosas por la percepción que tiene de ellas (...) el proceso de conformación de un nuevo ser comienza para los Candoshi por la conformación del corazón. El corazón es lo primero que se

---

<sup>39</sup> IBID. Pag. 276

constituye y la fuerza de los latidos lo que permite el advenimiento progresivo de un cuerpo completo (...) el corazón es el núcleo de la noción de persona Candoshi”<sup>40</sup>

A este respecto, Bouche sugiere que el cuerpo:

“es considerado como relación, como perspectiva del mundo, como reconstrucción proyectiva o como organizador de nuestro yo (...) el cuerpo es un sujeto que se abre al mundo, que se expresa y que es mirado y escuchado como objeto”<sup>41</sup>

En los Kandozi la noción de persona se sostiene en la capacidad de percepción que poseen los seres vivos. La persona, el ser para los Kandozi se construye a partir del corazón, cuyas pulsaciones y latidos son los referentes ineludibles de la vitalidad. Así, un corazón fuerte indica que la persona está sana y resistente. Ahora, el cuerpo, otro de los componentes importantes de la noción de persona Kandozi, presenta una fragilidad elevada con respecto a los demás seres que habitan el cosmos, por lo que al momento del trabajo no se esfuerzan en demasía para no maltratar la sensible masa corporal.

## **Mito**

Frecuentemente se asocia los mitos con acontecimientos o sucesos ficticios, falsos, irreales. Durante la expansión europea esta mirada se volvió preponderante pues los primeros contactos con los denominados pueblos primitivos estuvieron marcadas por preconcepciones que despojaban de científicidad y racionalidad las prácticas “exóticas” y “salvajes” de estos pueblos, los cuales habitaban un mundo regido por inextricables creencias brujeriles, místicas, esotéricas. Posteriormente, con el desarrollo de nuevas e importantes propuestas teóricas, el mito pasa de ser un elemento etéreo y difuso a formar parte del análisis y de la rigurosidad científica.

---

<sup>40</sup> IBID. Pag. 276

<sup>41</sup> BOUCHE, Henry. La Salud en las culturas. En: <http://www.uned.es/educacionXXI/pdfs/04-03.pdf>

En este sentido, diversos autores elaboraron sendas etnografías y reflexiones más eficaces sobre la naturaleza del mito, entre las que se puede destacar, como un trabajo seminal en el tema, La Rama Dorada de Frazer, que influenció notablemente a toda una generación de “mitólogos” incluyendo al propio Malinowski. Ahora bien, partiendo de esta nueva mirada sobre el mito, cabe resaltar que este implica, dentro de las sociedades en las que aún mantiene notoria vigencia, un sistema que ordena y regula la vida social, un sistema que constituye un soporte para la memoria colectiva de los grupos y que sustenta sus historias, sus identidades, y le otorga un sentido a la existencia de los seres humanos. El mito es, más que una conjunción de ficciones y de irrealidades, un sistema que prescribe y ordena, una explicación ontológica e histórica: es, en suma, un sistema de verdades.

La capacidad del mito para moldear las conductas sociales se sustenta en la eficacia de los símbolos que produce y reproduce, en la maleabilidad de los significados que los sujetos actualizan y renuevan, resignifican y redefinen en el transcurrir histórico, en la praxis cotidiana. Para ilustrar esta concepción Levy Strauss en El Pensamiento Salvaje sugiere la idea de que el mito es recreado de modo semejante a la obra de un artista manual, el *bricoleur*, que valiéndose de los residuos de piezas desgastadas y prestadas de elementos variados, genera a partir de su habilidad personal una nueva obra de arte con los vestigios de piezas pasadas, pero no posee una libertad total para la creación, sino que está condicionado por la historia de las piezas que ha utilizado y por la historia de su propia subjetividad. Análogamente, el mito es recreado, redefinido y resignificado a partir de historias embadurnadas de significados que explican la instauración del orden en el cosmos, que confieren coherencia a la existencia individual y colectiva, historias que, conjugadas con otras más actuales, consolidan y renuevan al mito, reestructuran la estructura.

Para Mircea Eliade la función del mito es la de erigir un sistema discursivo destinado a explicar los orígenes, la génesis de los comienzos, donde el caos primigenio es abolido para dar lugar al orden social. De ese modo refiere que: el mito cuenta una historia sagrada; relata un acontecimiento que ha tenido lugar en el tiempo primordial, el tiempo

fabuloso de los «comienzos» (...) Es, pues, siempre el relato de una «creación»: se narra cómo algo ha sido producido, ha comenzado a *ser*” (*Eliade, 1991*)

Las explicaciones Kandozi sobre los orígenes del mundo actual, refieren que existía un orden anterior a este, pero sus habitantes desaparecieron sumergidos en las aguas por sus conductas indebidas y porque se excedían en la toma del masato y en recurrentes relaciones incestuosas, es por ello que se transformaron en grandes caimanes, peces y mamíferos acuáticos. Entonces, entre los kandozi existe el temor de perecer como esta antigua civilización si es que incurren en acciones degenerativas. La inmersión de la tierra antigua y la emergencia de la tierra actual tuvieron lugar, según cuentan, sobre el lago Musa Karusha (Surrallés, 2007) el más grande de la amazonía y reservorio de una ingente biodiversidad.

Sin embargo, se dice que mundo acuático está poblado por los tsogi que probablemente son los sobrevivientes de este antiguo grupo; tienen aspecto humano pero las extremidades y la cabeza están volteadas. Su vida es muy similar a la de los hombres y representan un reflejo de la sociedad Kandozi.

Asimismo existe un mundo situado en la bóveda celeste llamado kaniba, al cual sólo se puede llegar sobre las espaldas de un ave poderosa. Según estas historias el ave puede reclamar la vida de una madre a cambio del viaje porque las posibilidades de llegar allá son muy inciertas ya que el lugar está muy alejado. Se dice que aves como el cóndor, por ejemplo, no han conseguido alcanzar el lugar. Aun si uno logra llegar hasta el pasaje ente los mundos, es preciso todavía atravesar una abertura semejante a enormes tijeras que se abren intermitentemente y que resultan fatídicas para los que se vean atrapados. El colibrí, que puede permanecer suspendido en el aire y lanzarse rápidamente, es uno de los más dotados para atravesar ese obstáculo. En cuanto al pasajero, para cruzar esta puerta no debe en ningún caso mirarla. En caso contrario, corre el riesgo de quedar atrapado y de convertirse en ave (Surrallés, 2004).

## VI.- ANALISIS DE DATOS

Se analizaron datos recogidos de informes periodísticos, entrevistas, videos y conversaciones con el personal médico del Centro Nacional de Salud Intercultural.

### **Sobre exclusión hacia poblaciones indígenas:**

#### **Raúl Bedoya Ugarteche: ¡Pobrecitos Chunchos!**

Cuando sucedieron los indígenas Awajun y Wampis bloquearon la carretera por más de 50 días se hizo explícita la discriminación y exclusión hacia los diferentes pueblos del Perú, a través de medios como la televisión o el Internet, con mensajes como el del Presidente García, calificándolos de “ciudadanos de segunda categoría”. En diferentes foros se sucedieron comentarios y opiniones de corte marcadamente racista y discriminadores, que condenaban el accionar de los indígenas sacando a la luz una ideología latente y arraigada que descalifica al “otro”, y que se explicita cuando la imagen construida sobre el “otro” no se ajusta con lo real, cuando el “otro” reclama, protesta, exige, cuando el “otro” propone y “habla” por sí mismo. Uno de los comentarios más violentos fue el artículo *¡Pobrecitos chunchos! y otras torpezas* escrito por Bedoya Ugarteche en el diario Correo, en el cual dibuja y describe cabalmente esta ideología que construyó y concibe a los indígenas como:

“chunchos de la edad preagrícola, ignorantes, primitivos y feroces, fueron azuzados por comunistas y sinvergüenzas” concluyendo “No sé qué espera Alan que no prepara a su FAP con todo el napalm necesario”<sup>42</sup>

La idea de primitividad, de ignorancia y ferocidad es una constante en la imagen que se ha construido sobre los indígenas, así como también su “incapacidad” casi natural para pensar y actuar por sí mismos (lo cual se compagina con el pensamiento colonial), pues siempre tiene que haber un “azuzador” detrás de sus acciones, alguien que los “dirija”,

---

<sup>42</sup> BEDOYA, Raúl. *¡Pobrecitos chunchos! y otras torpezas*. Artículo publicado en diario Correo el 13/06/2009



ya que son como hijos o hermanos menores manipulados por los sacerdotes, las Ong o los antropólogos.

### **Testimonio de un Sherepiari (médico indígena):**

Un sherepiari del departamento de Ucayali manifiesta la exclusión de los conocimientos indígenas materializado en la ausencia de un marco legal que los reconozca y respalde:

“Legalmente nosotros los indígenas no estamos reconocidos, ¿A los sherepiari quién los reconoce? Un gran sherepiari por lo tanto se merece un sueldo...esos son brujos, no nos respetan y no quieren reconocer nuestros conocimientos, o sea, este conocimiento es de nosotros y como es de nosotros, hay que decir ¡es de nosotros! Hay que legalizar...<sup>43</sup>

Se puede decir, a partir de este testimonio, que los conocimientos indígenas sobre salud siguen siendo percibidos como inferiores, negando su funcionalidad y validez dentro de sus contextos. Y no solamente los sistemas médicos indígenas son cuestionados, sino también sus formas culturales para ejercer el poder, sus formas de vestir, sus rituales, en suma, sus prácticas, que evidencian que lo occidental persiste en la negación y exclusión de los indígenas en el terreno empírico, simbólico y epistemológico.

### **Jammer Manihuari, Líder Kandozi:**

El brote de Hepatitis B y Delta que estalló alarmantemente entre los Kandozi, evidenció el escaso interés por parte de las autoridades con respecto a las poblaciones indígenas, minimizando en un primer momento la gravedad de la epidemia y posteriormente reconociendo que no podían hacer mucho por los Kandozi debido a que resultaba costoso enviarles ayuda. En este contexto Jammer Manihuari, vicepresidente de la Coordinadora de Pueblos Indígenas de San Lorenzo, declaró que:

---

<sup>43</sup> Testimonio extraído del documental: Proyecto piloto de Salud Intercultural – AIDSESP – NORDECO – Fundación Karen Elise Jensens.

“Es doloroso tener este tipo de resultados. Las autoridades no pueden negar que existe esta epidemia (...) Vamos a seguir insistiendo para que el gobierno intervenga pues tienen que velar por nuestra salud y por nuestros derechos, porque somos peruanos. Los centros de salud son insuficientes para atender este tipo de casos, pues no cuenta con medicinas”<sup>44</sup>

### **Venancio Ukama: El gobierno nos ha olvidado**

“He llegado para solicitar el apoyo del gobierno, que nos ha olvidado (...) al menos queremos que haya vacunación. Hasta ahora nos curamos con hierbas. No es suficiente.” (Ver anexo 4)

### **Omar Trujillo, Médico del CENSI.**

En conversación personal con un médico del CENSI que ha trabajado con población Kandozi, éste me refería que la discriminación no representaba un problema central de la atención en los centros ubicados en este pueblo indígena, pero reconocía luego que el personal de salud no está capacitado para relacionarse con la población debido a la propia formación que han recibido, la cual posiciona los conocimientos occidentales por encima de los indígenas. A este respecto, cabe señalar que la discriminación puede manifestarse explícita o implícitamente, puede ser el resultado de cargas inconscientes que subyacen en el pensamiento de los individuos y que adquieren una mayor intensidad en los momentos en que las normas sociales pierden su fuerza controladora: a través de los insultos, en las bromas, en momentos de conflicto.

Además, como ya se hizo mención, las relaciones sociales están condicionadas por la construcción, por parte de occidente, de un imaginario que posiciona lo indígena en el nivel inferior de la jerarquía social; las relaciones que se desenvuelven entre el personal de salud y los pobladores indígenas responden también a estas formas en que el poder se manifiesta, lo cual se ve reforzado por el hecho de que la mayoría del personal proviene

---

<sup>44</sup> [http://www.cnr.org.pe/nueva\\_web/nota.shtml?x=1515](http://www.cnr.org.pe/nueva_web/nota.shtml?x=1515)

de sectores urbanizados, arrastrando una serie de prejuicios que se manifiestan en las relaciones con la población indígena.

### **Sobre las respuestas culturales Kandozi para enfrentar las enfermedades**

Una de las enfermedades que más estragos está causando en los Kandozi es la Hepatitis B, cuya aparición la población la asocia, primero al ingreso de los misioneros del Instituto Lingüístico de Verano y posteriormente a la instalación de empresas extractivas. La presencia endémica de la Hepatitis B en los diferentes pueblos indígenas amazónicos de Sudamérica es alarmante debido a la alta contagiosidad de la enfermedad y a que estas poblaciones no cuentan con los medios necesarios para contrarrestarla, pues se trata de un mal proveniente del contacto con la cultura occidental. La prevalencia de la enfermedad en los pueblos amazónicos suramericanos, según un estudio realizado por *Francisca Monsalve-Castillo*, es: en la Amazonia Peruana es 64,3% (anti-HBc total), de 9,4% (HBsAg), de 98% (anti-HBctotal) y entre 14-54% (HBsAg) en los indígenas Waorani de Ecuador. En Brasil la prevalencia está entre el 15,4-54,5% (anti-HBc total) y del 3,4-9,7% para el HBsAg 3,4. En los indígenas Yanomami del Estado Amazonas, Venezuela, alcanza un 68,4% y 17,3% entre los Piaroa. En las etnias Yucpa y Bari de la Sierra de Perijá, se ubica por encima del 60% 6.<sup>45</sup>

En lengua Kandozi se denomina Tabenjo a la Hepatitis B, que traducida al castellano quiere decir “el mal que mata”. Las respuestas de la población para enfrentar el mal son escasas, pues la medicina que practican es insuficiente para contrarrestarlo. Es evidente que esta población presenta una elevada vulnerabilidad con respecto a enfermedades que tienen orígenes externos.

*“Primero fue la hepatitis (fiebre) amarilla y eso lo curaron con piri piri azul (kutina), pero la hepatitis no tiene cura, nadie hasta ahora lo cura, hasta que nos sanemos”.*

*Apu de Nueva Yarina Tsakida Santiago Kamaranpi*<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/28.pdf>

<sup>46</sup> TRUJILLO, Omar y VELASQUEZ. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE PROPICIAN LA APARICIÓN DE LA HEPATITIS B EN LOS CANDOSHI. AMBITO DEL PASTAZA. CENSI, Lima, 2009.

Ante la tenacidad de la enfermedad, algunos Kandozi tratan de explicar su permanencia como una suerte de castigo por incurrir en malas conductas, por la degeneración de las normas sociales:

*“La gente se baña en la noche, sale en la noche, los hombres y mujeres no respetan las costumbres, se caza sin pesar en el mañana, lo realizan con bala.. todo eso ha traído enfermedad y mas enfermedad”.*

*Kisto Llerma Mashingashi<sup>47</sup>*

## **VII.- CONCLUSIONES**

---

<sup>47</sup> TRUJILLO, Omar y VELASQUEZ. FACTORES SOCIOCULTURALES QUE PROPICIAN LA APARICIÓN DE LA HEPATITIS B EN LOS CANDOSHI. AMBITO DEL PASTAZA. CENSI, Lima, 2009.

- La exclusión y discriminación étnica, como factor estructural, persiste y atraviesa las relaciones sociales que se desarrollan entre la población indígena y no indígena y se manifiesta y reproduce, en mayor o menor medida, en los centros de salud a través del personal encargado de la atención. Estas tensiones forman parte de desencuentros entre epistemologías históricamente enfrentadas, en donde la epistemología occidental se construyó en base a la negación de lo indígena, por lo que es preciso reconocer los mecanismos que articulan y reproducen estas lógicas de negación y dominación.
- Concebir la interculturalidad no solamente como un diálogo e intercambio armonioso, sino también como un espacio mediado por relaciones de poder, intereses económicos, de clase, por lo que capacitar a los recursos humanos de salud en un enfoque intercultural representa un esfuerzo aislado si es que no se consideran las percepciones de la población indígena sobre salud-enfermedad-cuerpo y sus percepciones sobre la influencia cultural de occidente.
- Las políticas en salud intercultural no alcanzarán solidez si es que en su elaboración y construcción no se generan los mecanismos necesarios para consultar a las poblaciones indígenas sobre los procesos que los afecten, lo cual implica el incremento de la participación efectiva de estas poblaciones en los espacios en donde se toman las decisiones.
- El proceso de regionalización puede ser un elemento que aperture este espacio, entendiéndolo como una construcción social, como una lectura que se alimente de los procesos y dinámicas sociales, de “abajo hacia arriba”, donde las propuestas y formulaciones locales serían los insumos fundamentales en las políticas educativas, sanitarias, territoriales.

## **VIII.- BIBLIOGRAFÍA**

BEDOYA, Raúl. ¡Pobrecitos chunchos! y otras torpezas. Artículo publicado en diario Correo el 13/06/2009

BOURDIEU, Pierre. Razones prácticas. Anagrama, Barcelona, 1999

BRUCE, Jorge. Animalización racista. Artículo publicado en diario la República el 21/03/2010.

CALLIRGOS, Juan Carlos. El racismo: la cuestión del otro (y de uno). DESCO, Lima, 1993

COTLER, Julio. Clases, Estado y Nación en el Perú. IEP, Lima, 1988.

DESCOLA, Philippe. Las Cosmologías indígenas de la amazonía. En: Tierra Adentro. Territorio Indígena y Percepción del Entorno. Lima, 2004

GARCÍA CANCLINI, Néstor. Diferentes, desiguales y desconectados. Gedisa, Barcelona, 2005

II Censo de Comunidades Indígenas, INEI, 2007.

KANDOZI Y SHAPRA FRENTE A LA HEPATITIS B. El retorno de lo visible. UNICEF, lima, 2006.

LEVI-STRAUSS, Claude. El pensamiento salvaje. Fondo de Cultura Económica.

LIZARRAGA, Raúl. Descentralización y regionalización en el Perú. Hacia una nueva economía y un nuevo estado. Fondo editorial del Colegio de Economistas de Lima, Lima, 2010.

MANRIQUE, Nelson. La Democracia en el Perú. Proceso Histórico y Agenda pendiente. PNUD, Lima, 2006

MANRIQUE, Nelson. Algunas reflexiones sobre el colonialismo, el racismo y la cuestión nacional. Introducción al libro La piel y la pluma. En: [http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Etnicidad-Nelson\\_Manrique.pdf](http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Etnicidad-Nelson_Manrique.pdf)

MONTOYA, Rodrigo. El factor étnico y el desarrollo andino. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

RAMIREZ, Susana. Calidad de Atención en Salud. Prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechas y aymará del altiplano boliviano. OPS/OMS, La Paz, 2009

SAID, Edward. Orientalismo. Libertarias, España, 1990.

SURRALLES, Alexandre. Guía etnográfica de la alta amazonía. Volumen VI. Ifea, Lima, 2007

TOULMIN, Stephen. Cosmópolis. El trasfondo de la modernidad. Barcelona, Ediciones Península. 2001

### **Páginas Web:**



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) En <http://www.who.int/peh-emf/research/agenda/es/index.html>

EL PLAN GENERAL DE LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS 2009 – 2012. En: <http://www.ins.gob.pe/gxpsites/hgxpp001.aspx?2,8,76,O,S,0,MNU;E;1;21;10;6;MNU;,>

## ANEXOS

### ANEXO 1

**RM-979-2007-SA: Relacionamiento para casos de interacción con indígenas en aislamiento o contacto reciente.**

MINISTERIO DE SALUD	No. <u>799-2007/INSA</u>
	
<h1>Resolución Ministerial</h1>	
 Vallejos S.	<i>Lima, 20 de Septiembre del 2007</i>
 J. Calderón Y.	<p>Visto el expediente N° 07-013143-001 que contiene el Informe N° 082-2007-DG-CENSI/INS del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud;</p> <p><b>CONSIDERANDO:</b></p> <p>Que, el artículo 1° de la Constitución Política del Perú establece que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado;</p> <p>Que, los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2012 del Ministerio de Salud aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA, del 27 de julio del 2002, establecen la necesidad de mejorar la normatividad y las capacidades del personal de salud para brindar un trato adecuado a las diferencias culturales de nuestro país, con respeto y responsabilidad, reconociendo las concepciones de salud de la población y la interacción del sistema de salud y la comunidad;</p> <p>Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, reconoce la responsabilidad del Estado para regular, vigilar y promover la protección de la salud, así también establece los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, además que la salud pública es responsabilidad del Estado;</p> <p>Que, en ese contexto el Centro Nacional de Salud Intercultural -CENSI- ha elaborado la "Guía Técnica: Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente", que describe las orientaciones para el comportamiento, responsabilidades y decisiones del personal de salud frente a hallazgos de evidencias de la presencia de indígenas en aislamiento o ante el avistamiento y el contacto con estos pueblos;</p>
 Mogily García R.	
 JEFATURA	
 V. Zumaran A.	<p>Con el visado del Viceministro de Salud, de la Jefa Instituto Nacional de Salud y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y</p> <p>De conformidad con lo dispuesto en el literal b) del Art. 8° de la Ley 27057, Ley del Ministerio de Salud.</p>





SE RESUELVE:

Artículo 1º. Aprobar la "Guía Técnica: Relacionamiento para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento o en Contacto Reciente", que forma parte de la presente Resolución.



Magaly Quispe M.

Artículo 2º. Encargar a las unidades orgánicas del INS, organismos públicos descentralizados, Direcciones Regionales de Salud o los que hagan sus veces en el ámbito regional y establecimientos de salud, la difusión, implementación, monitoreo y evaluación de las disposiciones aprobadas en la presente guía en los ámbitos de su jurisdicción.

Artículo 3º La Oficina General de Comunicaciones publicará la Guía Técnica que se aprueba mediante la presente, en el portal de internet del Ministerio de Salud.



Regístrese, comuníquese y publíquese.

CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN  
Ministro de Salud




V. Zumarán A.

## ANEXO 2


### RM-798-2007-SA: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad


MINISTERIO DE SALUD No. 798-2007/HJWS

  
REPUBLICA DEL PERÚ

*Resolución Ministerial*


*Lima, 20 de Setiembre del 2007*

  
Valdivia S.

  
J. Calderón V.


Visto el expediente N° 07-013143-001 que contiene el Informe N° 982-2007-DG-CENSI/INS del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud;

**CONSIDERANDO:**

  
Miguel García B.


Que, el artículo 1° de la Constitución Política del Perú establece que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado;

Que, los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2012 del Ministerio de Salud aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA, del 27 de julio del 2002, establecen la necesidad de mejorar la normatividad y las capacidades del personal de salud para brindar un trato adecuado a las diferencias culturales de nuestro país, con respeto y responsabilidad, reconociendo las concepciones de salud de la población y la interacción del sistema de salud y la comunidad;

  
JEFATURA

Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, reconoce la responsabilidad del Estado para regular, vigilar y promover la protección de la salud, así también establece los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, además que la salud pública es responsabilidad del Estado;

Que, en ese contexto el Centro Nacional de Salud Intercultural -CENSI- ha elaborado la "Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad", que describe las acciones y precauciones a tener durante la atención de salud a indígenas sujetos de un contacto reciente y aquellos pueblos que aun mantienen su condición de contacto inicial, dentro del respeto cultural que merecen estos pueblos a fin de evitar reacciones indeseables por parte de ellos, que pongan en peligro la vida de los servidores de salud, así como para evitar que el contacto desencadene brotes epidémicos que atenten contra la vida de estos pueblos;

  
V. Zumaran A.

Con el visto del Viceministro de Salud, de la Jefe Instituto Nacional de Salud y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley 27657 - Ley del Ministerio de Salud,



SE RESUELVE:

Artículo 1º Aprobar la "Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad", que forma parte de la presente Resolución.

J. Calderón Y.



Miguel García B.

Artículo 2º Encargar a las unidades orgánicas del INS, organismos públicos descentralizados, Direcciones Regionales de Salud o los que hagan sus veces en el ámbito regional y establecimientos de salud, la difusión, implementación, monitoreo y evaluación de las disposiciones aprobadas en la presente guía en los ámbitos de su jurisdicción.

Artículo 3º La Oficina General de Comunicaciones publicará la Guía Técnica que se aprueba mediante la presente, en el portal de internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese



CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN  
Ministro de Salud



V. Zúñiga A.

## ANEXO 3

### RM-799-2007-SA: Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de indígenas en Aislamiento y Contacto Reciente

MINISTERIO DE SALUD

No. 799-2007/MINSA


REPÚBLICA DEL PERÚ

*Resolución Ministerial*

Lima, 20 de setiembre del 2007

  
Vallejos S.

Visto el expediente N° 07-013143-001 que contiene el INFORME N° 082-2007-DG-CENSI/INS del Centro Nacional de Salud Intercultural del Instituto Nacional de Salud;

  
CONSIDERANDO:

1. Calderón

Que, el artículo 1° de la Constitución Política del Perú establece que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado;

  
Que, los Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 - 2012 del Ministerio de Salud aprobados por Resolución Suprema N° 014-2002-SA del 27 de julio del 2002, establecen la necesidad de mejorar la normatividad y las capacidades del personal de salud para brindar un trato adecuado a las diferencias culturales de nuestro país, con respeto y responsabilidad, reconociendo las concepciones de salud de la población y la interacción del sistema de salud y la comunidad;

  
Que, la Ley N° 26842 Ley General de Salud, reconoce la responsabilidad del Estado para regular, vigilar y promover la protección de la salud, así también establece los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, además que la salud pública es responsabilidad del Estado;

  
Que, en ese contexto el Centro Nacional de Salud Intercultural -CENSI- ha elaborado la Norma Técnica de Salud "Norma Técnica de Salud: Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente", que describe las actividades de gestión, de atención de salud, así como las responsabilidades de los diversos niveles del sector Salud sobre el tema;

Con el visado del Viceministro de Salud, de la Jefa Instituto Nacional de Salud y del Director General de la Oficina General de Asesoría Jurídica; y

  
Que, en cumplimiento con lo dispuesto en el artículo 15 del Art. 15° de la Ley 27007, Ley del Ministerio de Salud,

V. Zumaran A.



Miguel García B.



J. Calderón V

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º** Aprobar la NTS N° 059 -MINSAL/INS-CENSI - V.01 "Norma Técnica de Salud: Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente", que forma parte de la presente Resolución.



**Artículo 2º** Encargar a las unidades orgánicas del INS, organismos públicos descentralizados, Direcciones Regionales de Salud o los que hagan sus veces en el ámbito regional y establecimientos de salud, la difusión, implementación, monitoreo y evaluación de las disposiciones de la norma aprobada mediante la presente Resolución.

**Artículo 3º** La Oficina General de Comunicaciones publicará la Norma Técnica de Salud que se aprueba mediante la presente, en el portal de internet del Ministerio de Salud.

Regístrese, comuníquese y publíquese.



V. Zumaran A.

**CARLOS VALLEJOS SOLOGUREN**  
Ministro de Salud



EN LA SELVA, NO HAY SERVICIOS DE SALUD NI VACUNAS. LÍDER INDÍGENA LLEGÓ A LIMA PARA DEMANDAR AYUDA

## Etnia Kandozi podría desaparecer por Hepatitis B

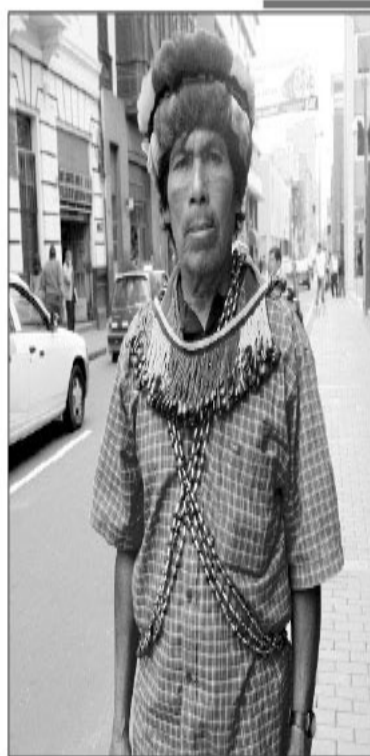
Piden que se declare la zona en emergencia. Expertos aseguran que más de la mitad de nativos está infectado y que etnia desaparecería.

Cynthia Campos.

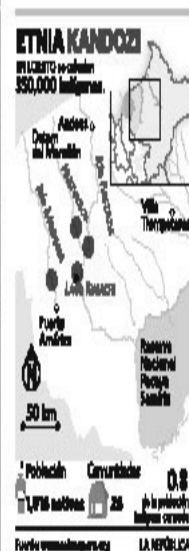
Representantes de la etnia Kandozi llegaron a Lima para dar a conocer su dramática situación. Y es que la Hepatitis B está acabando con esta población, ubicada en la provincia de Datem del Marañón, en Loreto. De los 2,500 nativos que habitan la zona, más de la mitad padece la enfermedad, un buen porcentaje en estadio avanzado.

"Lo que solicitamos es que se declare en emergencia la zona y se vuelva a contar con el presupuesto para vacunas y atención médica", indicó Pilar Collantes, representante del Comité Ciudadano de Lucha contra la Hepatitis.

La situación no es para menos. Algunos especialistas, como el in-



**PEDIDO.** Apu Venancio Ukama llegó hasta Lima en busca de apoyo.



Conservación. Y el poco apoyo que tenían -Unicef y algunas comisiones médicas- se han retirado de la zona por falta de recursos".

**"El gobierno nos olvida"**

"He llegado para solicitar el apoyo del gobierno, que nos ha olvidado", dice indignado y triste Venancio Ukama Simon, apu del puerto Chuinda (Pastaza-Loreto). Su tristeza viene de lo que observa a diario: adultos muertos y niños, si no muertos, huérfanos. "Al menos queremos que haya vacunación. Hasta ahora nos curamos con hierbas. No es suficiente", dice el apu de esta población conservacionista, dedicada al cuidado de tortugas taricayas, madera y otros recursos naturales. Por ello, el Comité Ciudadano solicita una cita con el presidente García y el ministro de Salud, Óscar Ugarte. "El ministro ha dicho que conoce la gravedad del tema y que corresponde al gobierno regional afrontarlo", dice Lucana. "Y el gobierno regional dice que le toca al ministerio. Si no es al ministerio, entonces a quién".

fectólogo César Ramal, hablan de hasta un 80% de infectados. "A los que ya tienen síntomas les dan de 2 a 5 años de vida. Si hay un 80% de infectados, en ese tiempo, ese 80% habrá fallecido", comenta por su parte Geanina Lucana, de la WWF, Organización Mundial de

## ANEXO 5

### FOTOGRAFÍAS:



Fuente: CENSI



Fuente: CENSI